

VACCINAZIONE ANTI-COVID-19 SCHEDA ANAMNESTICA

Da compilare a cura del vaccinando/genitore/titolare della potestà genitoriale da riesaminare insieme ai Sanitari addetti alla vaccinazione

Nome e Cognome (vaccinando) _____ **data di nascita** ____/____/____

Telefono (del genitore/titolare potestà genitoriale) _____

ANAMNESI

Ha già compiuto 12 anni?	SI	NO	
Attualmente è malato?	SI	NO	NON SO
Ha febbre?	SI	NO	NON SO
Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? <i>Se sì, specificare:</i>	SI	NO	NON SO
Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?	SI	NO	NON SO
Soffre di malattie croniche autoimmuni/reumatiche, metaboliche, cardiache o polmonari, renali, asma, diabete, anemia o altre malattie del sangue e di altri organi o apparati, disturbi della coagulazione ?	SI	NO	NON SO
Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? (Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)?	SI	NO	NON SO
Negli ultimi 6 mesi, ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario (esempio: cortisone, prednisone o altri steroidi) o farmaci antitumorali, oppure ha subito trattamenti con radiazioni?	SI	NO	NON SO
Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali?	SI	NO	NON SO
Ha mai avuto convulsioni, epilessie o disturbi neurologici?	SI	NO	NON SO
Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? Se sì, quale/i?	SI	NO	NON SO
Sta assumendo farmaci anticoagulanti? Se sì, specificare	SI	NO	NON SO
➤ Per le donne - è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?	SI	NO	NON SO
➤ Per le donne - sta allattando?	SI	NO	

Specifichi di seguito i farmaci, nonché gli integratori naturali, le vitamine, i minerali o eventuali medicinali alternativi che sta assumendo

ANAMNESI COVID - correlata			
Nell'ultimo mese è stato in contatto con una Persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19 ?	SI	NO	NON SO
Manifesta uno dei seguenti sintomi:			
• Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi similinfluenzali?	SI	NO	NON SO
• Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto?	SI	NO	NON SO
• Dolore addominale/diarrea?	SI	NO	NON SO
• Lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi?	SI	NO	NON SO
Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?	SI	NO	NON SO
TEST COVID-19			
• Nessun test COVID-19 recente	SI	NO	NON SO
• Test COVID-19 negativo <u>Data:</u> <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	SI	NO	NON SO
• Test COVID-19 positivo <u>Data:</u> <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	SI	NO	NON SO
• In attesa di test COVID-19 <u>Data:</u> <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	SI	NO	NON SO
<i>Riferisca eventuali altre patologie o notizie utili sul Suo stato di salute</i>			

DATA

FIRMA (del compilatore)
